

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – UNIFESP**  
**CAMPUS BAIXADA SANTISTA**

**GEORGIA BARREIRA FERNANDES DA ROCHA**

**PARTICIPAÇÃO SOCIAL, QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE NA TERCEIRA  
IDADE: UM RECORTE DE ALGUMAS POLÍTICAS PÚBLICAS**

**SANTOS – SP**

**2018**

Georgia Barreira Fernandes da Rocha

**PARTICIPAÇÃO SOCIAL, QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE NA TERCEIRA  
IDADE: UM RECORTE DE ALGUMAS POLÍTICAS PÚBLICAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Universidade Federal de São Paulo – Unifesp,  
Campus Baixada Santista, para a finalização do  
curso de Serviço Social.

Orientador: Prof. Doutor Alessandro de Oliveira  
Campos

SANTOS – SP

2018

GEORGIA BARREIRA FERNANDES DA ROCHA

**PARTICIPAÇÃO SOCIAL, QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE NA TERCEIRA  
IDADE: UM RECORTE DE ALGUMAS POLÍTICAS PÚBLICAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Universidade Federal de São Paulo – Unifesp,  
Campus Baixada Santista, para a finalização do  
curso de Serviço Social.

Santos, 19 de Dezembro de 2018

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientador: Prof. Doutor Alessandro de Oliveira Campos

---

Prof. Doutora Rosiran Carvalho de Freitas Montenegro

R582p

Rocha, Georgia Barreira Fernandes, 1996.

Participação Social, qualidade de vida e saúde na terceira idade: um recorte de algumas políticas públicas. /Georgia Barreira Fernandes da Rocha; Orientador: Prof. Dr. Alessandro de Oliveira Campos. – Santos, 2018; n. de f.42. : il. color; 30 cm.

Trabalho de conclusão de curso (graduação) – Universidade Federal de São Paulo - campus Baixada Santista, Curso de Serviço Social, 2018.

1. Saúde do Idoso. 2. Envelhecimento Saudável e Ativo. 3. Políticas Públicas. I. Campos, Alessandro de Oliveira, Orientador. II. Título

CDD 361.3

## **AGRADECIMENTOS**

À minha família e amigos, que me fortalecem diariamente, e aos docentes que contribuíram para meu crescimento profissional e ampliaram horizontes. Minha jornada não seria possível sem vocês. Obrigada.

## **RESUMO**

A presente pesquisa tem como objetivo discutir a participação social na saúde da terceira idade, buscando seus principais conceitos e determinantes. Para que a pesquisa abranja as diferentes formas de envelhecer no Brasil, analisam-se os dados da população e sua tendência ao envelhecimento. Além disso, entende-se o país como extenso e diverso e busca-se explorar as diferentes realidades presentes em diversos contextos socioeconômicos. Frente ao aumento da expectativa de vida, promover o envelhecimento saudável e ativo se coloca como compromisso, entendendo que este se relaciona não só com a ausência de doenças, mas com a manutenção da capacidade física e mental do idoso, bem como seu envolvimento na sociedade. Para que esta análise seja possível utiliza-se bibliografia referente ao tema saúde do idoso, que contempla a perspectiva da inserção social na terceira idade e suas variáveis, além de dados estatísticos que apresentem o processo de envelhecer no país. Nesse contexto, busca-se analisar as políticas públicas voltadas para a saúde do idoso e reforçar a importância do envolvimento do Estado na promoção do envelhecimento saudável e ativo. Ao final entende-se que a participação social na terceira idade é fundamental para a saúde na terceira idade mas, sendo o processo de envelhecer variável, as ações só se dão de forma efetiva se estas levam em conta seus mais diferentes aspectos.

**Palavras-chave:** Saúde do idoso; Envelhecimento saudável e ativo; Políticas públicas.

## **ABSTRACT**

This research aims to discuss social participation of elderly people, their main concepts and determinants. In order for the research to cover different forms of aging in Brazil, population aging tendency is analyzed. In addition, the country is understood as extensive and diverse and this study explores different realities present in different socioeconomic contexts. The increase of life expectancy raise the commitment of promoting healthy and active aging, understanding that it is related not only to the absence of diseases, but also to the maintenance of the physical and mental capacity of elderly people, as well as their involvement in society. For this analysis to be possible, a bibliography on the subject of the elderly's health is used, which includes the perspective of social insertion in the third age and its variables, as well as statistical data that shows the aging process in the country. In this context, this research analyzes public policies focused on the health of elderly people and reinforces the value of State's participation in the promotion of healthy and active aging. It is understood that social participation in the third age is fundamental for a healthy aging but, being the process of aging variable, the State's actions only are effective if these considers most different aspects of aging.

**Key Words:** Elderly health; Healthy and active aging; Public policies.

## **LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS**

BPC	Benefício de Prestação Continuada
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
SUS	Sistema Único de Saúde



## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Figura 1 – Pirâmide Etária da Alemanha (2017) .....	14
Figura 2 – Pirâmide Etária da Nigéria (2017) .....	15
Figura 3 – Pirâmide Etária do Brasil (2017) .....	16

## SUMÁRIO

<b>Introdução .....</b>	<b>11</b>
<b>1. Envelhecimento no Brasil .....</b>	<b>14</b>
1.1 Aspectos socioeconômicos da formação social brasileira.....	20
1.2 Saúde da pessoa idosa .....	24
<b>2. Envelhecimento saudável e ativo .....</b>	<b>29</b>
<b>3. Algumas políticas públicas para a pessoa idosa .....</b>	<b>33</b>
<b>Considerações finais .....</b>	<b>38</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>40</b>

## **Introdução**

A saúde do idoso tem sido cada vez mais objeto de estudo de pesquisas na área da saúde, mais especificamente no que diz respeito a entender o envelhecimento nos dias atuais e a encontrar formas mais saudáveis de se envelhecer. Como exemplo podemos citar o Estudo Longitudinal de Saúde dos Idosos Brasileiros (2018), coordenado pela Fundação Oswaldo Cruz - Minas Gerais e pela Universidade Federal de Minas Gerais e que tem como objetivo “examinar a dinâmica do envelhecimento da população brasileira e seus determinantes, assim como a demanda dessa população para os sistemas sociais e de saúde”. Este aumento das pesquisas voltadas à saúde do idoso se dá em decorrência do crescente envelhecimento populacional que podemos identificar nos países desenvolvidos e emergentes. Segundo o IBGE (2017), no Brasil, a população idosa entre 2012 e 2016 cresceu mais de 15%, enquanto o número de crianças (0 a 13 anos) caiu quase 7%. A OMS ainda prevê que, no mundo, até 2050, o número de pessoas com mais de 60 anos chegará a 2 bilhões de pessoas, totalizando um quinto da população mundial. Nesse cenário, é interessante pensar em formas de promover o envelhecimento saudável e ativo.

A partir do desejo de aprofundamento a respeito da saúde do idoso e a fatores que a promovam, a presente pesquisa tem como objetivo discutir sobre a participação social na terceira idade e de como esta pode influenciar nas condições necessárias ao envelhecimento sadio. É importante destacar que aqui não se entende a saúde do idoso como a ausência de doenças, pois esta também se associa a outros aspectos que envolvem a qualidade de vida como renda e condições de moradia. Considera-se o envelhecimento sadio na perspectiva do engajamento social, da manutenção da sua saúde física e mental e na autonomia do idoso frente às questões de seu cotidiano. Nessa concepção, o lazer é tido como um direito e a finalidade desta pesquisa é estudar como esse pode trazer benefícios para a população idosa.

O trabalho está organizado em três capítulos, esta introdução e considerações finais. Para que possamos construir uma relação entre diferentes formas do envolvimento social na terceira idade e o envelhecimento saudável é preciso, no primeiro capítulo, analisar os dados populacionais do Brasil e a tendência à longevidade de seus habitantes. Faz-se necessário trazer dados recentes do IBGE que nos permitam discutir a respeito da população brasileira, mais especificamente como ela vem se constituindo na última década e quais os aspectos esperados para os próximos anos. Constrói-se, assim, a base para a nossa discussão, fundamentada em dados que nos auxiliem pensar o Brasil hoje. Ao mesmo tempo, ao se analisar o envelhecimento da população, surge a discussão que abrange não só o envelhecimento propriamente dito, mas as várias formas de se envelhecer. Embora este

processo não seja uniforme em nenhuma parte do mundo, o Brasil, em toda sua extensão e diversidade, oferece um processo de envelhecer único com particularidades dentro de diferentes realidades sociais.

Segundo o IGBE, na pesquisa de Síntese de Indicadores Sociais (SIS) 2017, cerca de 50 milhões de brasileiros, o que corresponde a 25,4% da população, vivem na linha da pobreza. Embora o Brasil não tenha uma linha oficial de pobreza e extrema pobreza, a ONU, em seu documento de Erradicação da Pobreza (2015), considera medir a pobreza no país levando em conta o Decreto N. 8794, que “define critérios de renda para transferência de benefícios sociais”. Aqui, entende-se “em situação de extrema pobreza aquela população com renda familiar per capita mensal de até R\$ 85,00, e em situação de pobreza as famílias com renda mensal per capita de até R\$ 170,00.”. Ainda segundo o SIS 2017, a maior parte dessas pessoas vive na Região Nordeste e, a menor, na Região Sul. Esses dados confirmam o quão desigual é a realidade social do país. Por isso, na presente pesquisa, é necessário trazer esse recorte da desigualdade para a população idosa e entender como o processo de envelhecer se dá no Brasil tendo em vista as condições socioeconômicas de seus habitantes.

A partir daí, no segundo capítulo, busca-se definir o que é o envelhecimento saudável e ativo a qual nos referimos, seus principais conceitos e determinantes. Mais além, quais os benefícios que este pode trazer para a população idosa e quais são as formas de promovê-lo.

Faz-se necessário pontuar que não é possível pensar o envelhecimento saudável se este abrange só a uma pequena parcela da população idosa que vive favoráveis condições socioeconômicas. Excluir a parcela populacional que sofre com baixas rendas é ignorar a realidade presente no Brasil. Para que estudos se deem de forma mais completa, é preciso também pensar e analisar o idoso pobre no Brasil e suas perspectivas de envelhecimento. Dessa forma, no último capítulo, busca-se estudar as políticas públicas voltadas para o acesso ao lazer na terceira idade, pensando criticamente a respeito das diferentes formas de se envelhecer no Brasil, adotando um fator determinante ao envelhecimento saudável – atividades sociais e culturais voltadas para a terceira idade, e analisando como este se dá dentro das diferentes realidades socioeconômicas do país.

Essa investigação tem como objetivo, então, elaborar uma discussão que ressalte a necessidade do envolvimento social na terceira idade como fator fundamental em sua saúde. Para isso, utilizaremos dados quantitativos que nos apresente a evolução populacional no Brasil e o processo do aumento da expectativa de vida desde a década de 1940 até os dias de hoje e ampla bibliografia sobre o tema saúde do idoso, mais especificamente a respeito do processo de envelhecer hoje e a saúde do idoso dentro deste contexto, além dos fatores

determinantes ao envelhecimento saudável e ativo, com foco no lazer voltado para a terceira idade. Assim, fazendo uma discussão que perpassa as condições socioeconômicas dos idosos no Brasil, a pesquisa busca reiterar a necessidade do envolvimento do Estado na promoção de saúde para a terceira idade sob uma perspectiva do acesso ao lazer.

## 1. Envelhecimento no Brasil

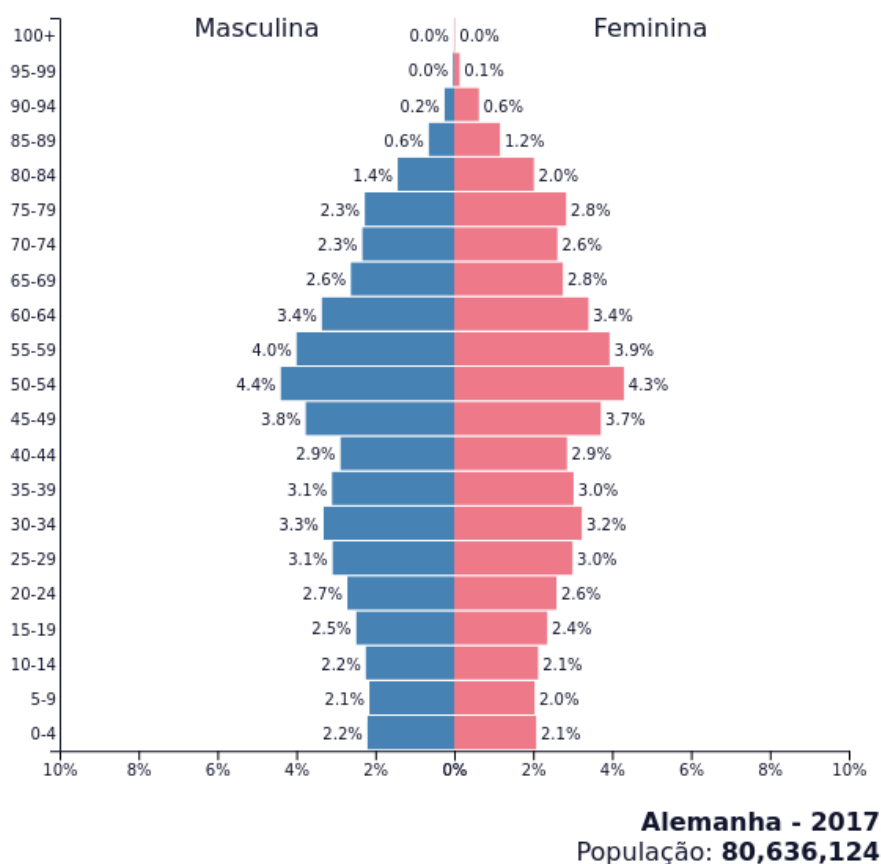
Estudos populacionais demonstram que o Brasil, antes considerado um país de jovens, vê seus habitantes envelhecendo e, mais do que isso, vivendo mais do que viviam antes. De uma maneira geral, as taxas brutas de mortalidade e de fecundidade no país decaíram enquanto os números que indicavam a expectativa de vida do brasileiro médio aumentaram. Entender estes dados é o que guia o início da presente pesquisa, que tem como objetivo primário estudar o idoso no Brasil.

Foi a partir de 1970 que o Brasil teve seu perfil demográfico transformado: de uma sociedade majoritariamente rural e tradicional, com famílias numerosas e alto risco de morte na infância, passou-se a uma sociedade principalmente urbana, com menos filhos e nova estrutura nas famílias brasileiras. [...] A transição demográfica inicia com a redução das taxas de mortalidade e, depois de um tempo, com a queda das taxas de natalidade, provocando significativas alterações na estrutura etária da população. (MIRANDA et al. 2016. p.508)

Primariamente, é relevante explicar o que é o gráfico conhecido como Pirâmide Etária e como este pode nos ajudar a analisar os dados da população. O gráfico é usado quando se deseja estudar as características etárias de determinado país ou região e leva em conta três fatores básicos: número de habitantes, gênero e grupos de idade. Este é fundamental para elaborar, por exemplo, estratégias políticas a médio e longo prazo, uma vez que ele é capaz não só de compreender a população hoje como pode mostrar também as previsões populacionais para os próximos anos.

O gráfico é constituído por barras sobrepostas que se relacionam em torno de um eixo. Este eixo representa a idade da população em ordem crescente e cada barra está relacionada a uma faixa de idade: 0-4 anos, 5-9 anos e assim sucessivamente. Essas barras ainda são divididas ao meio, de um lado representando a população do sexo feminino e do outro, do sexo masculino. Para ilustrar, primeiramente, trazemos a pirâmide etária de um país desenvolvido (Alemanha).

Figura 1



Fonte: Population Pyramid

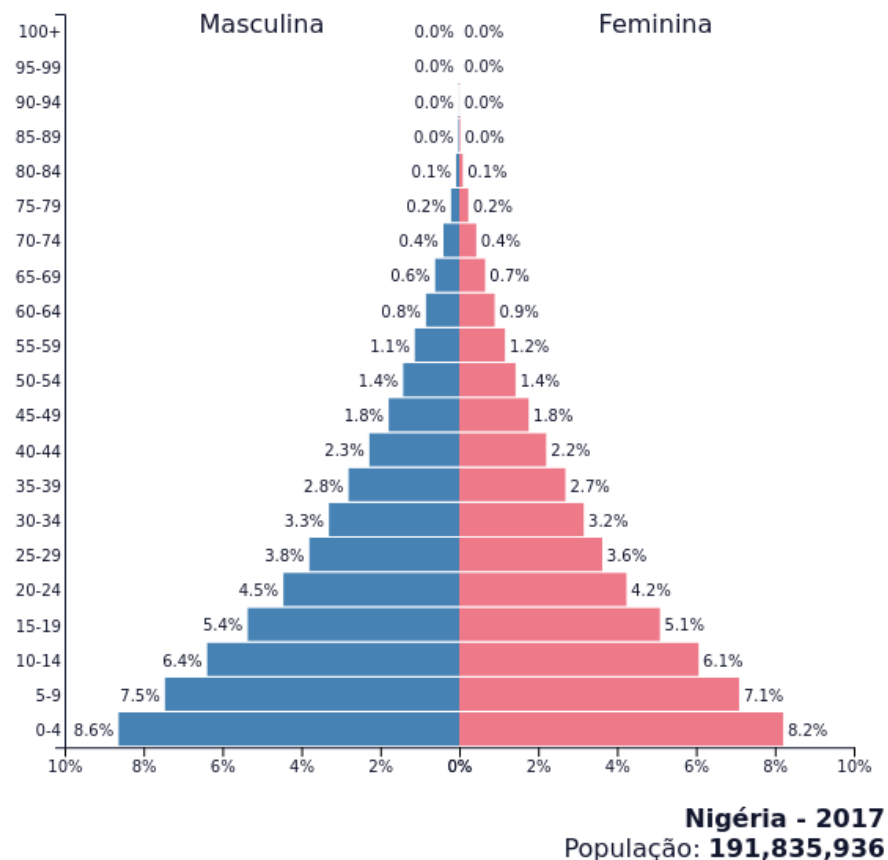
Ao se pensar em uma pirâmide etária de um país desenvolvido temos algumas características específicas: a base é estreita, demonstrando um baixo índice de natalidade, enquanto o meio e o topo são mais largos, o que indica maior população adulta e idosa. A baixa taxa de natalidade pode ser explicada pela renda e pelo nível educacional das mulheres, que podem optar pela quantidade de filhos que terão, número este que, ainda segundo o IBGE, em 2016 era de 1,7 filhos em países europeus.

No Brasil, neste mesmo período, os números não se afastaram da tendência mundial: a taxa de fecundidade total também se aproximava do 1,7 filhos por mulher.

As razões para a mudança do padrão reprodutivo no Brasil são várias. De um lado, fruto do processo de urbanização da população brasileira, temos uma necessidade crescente de limitação da família ditada pelo "modus vivendi" dos grandes centros urbanos (principalmente em um contexto de crise econômica), caracterizado entre outras coisas por uma progressiva incorporação da mulher à força de trabalho (Veras. p39, 1987). De outro lado temos uma população feminina mais receptiva ao controle familiar, não só pelas razões já mencionadas, mas também devido às mudanças de padrão sociocultural decorrentes da própria migração e do maior acesso aos meios de comunicação. (RAMOS et al. 1987. p.212)

Ainda sobre os países desenvolvidos, podemos explicar a queda das taxas de mortalidade e, conseqüentemente, maior expectativa de vida por uma série de fatores que, historicamente, se constituíram há mais tempo em relação a outros países do globo. Entre eles podemos citar a urbanização, que vem acompanhada de melhores condições sanitárias, e os avanços tecnológicos, que permitem também melhores condições de trabalho e maior acesso à cuidados médicos. Chaimowicz (1997) afirma que o início da mudança da transição demográfica em países industrializados “acompanhou a ampliação da cobertura dos sistemas de proteção social e melhorias das condições de habitação, alimentação, trabalho e saneamento básico.” (p.188).

Figura 2



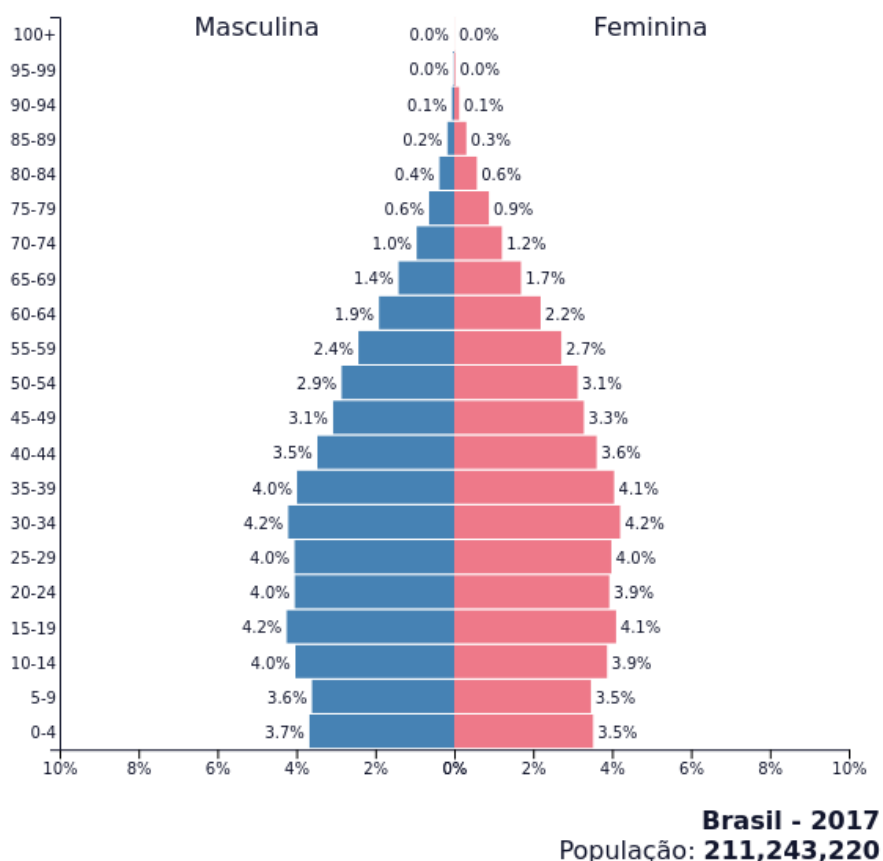
Fonte: Population Pyramid

Já na pirâmide etária de um país subdesenvolvido, a base é a parte mais larga do gráfico, que representa os altos índices de natalidade. A pirâmide, então, se estreita gradualmente até o topo, pois devido às precárias condições de vida que a população é submetida, as taxas de mortalidade bruta, ou seja, o número total de mortes por cada mil



habitantes, também é elevada e as pessoas, muitas vezes, não chegam nem a envelhecer, sendo a expectativa de vida bem menor em comparação a outros países.

Figura 3



Fonte: Population Pyramid

O Brasil como país emergente tem vivido cada vez mais a realidade populacional de um país desenvolvido, com baixas taxas de natalidade e maior expectativa de vida. Segundo o IBGE (2018), de 2012 a 2017 a população idosa cresceu 18%. A expectativa de vida passou de 54,24 anos em 1960 para 75,16 anos em 2016. A projeção é que para daqui a 30 anos esta seja de 80,27 anos.

Vale destacar que foi só a partir de 1940 que os números das taxas de natalidade e mortalidade começaram a mudar. Segundo o IBGE (2016) isso ocorre porque foi só a partir desse período que ocorre “a incorporação às políticas de saúde pública dos avanços da medicina, particularmente os antibióticos recém-descobertos no combate as enfermidades infectocontagiosas e importadas no pós-guerra”. Chaimowicz (1997) aponta que esses números mudam, principalmente, “pela ação médico-sanitária do Estado”, de início por

políticas urbanas de saúde pública através campanhas sanitárias e, mais tarde, pela “ampliação e desenvolvimento tecnológico da atenção médica na rede pública”.

Mais recentemente, diversas ações foram introduzidas com o propósito de reduzir tanto a mortalidade infantil como a mortalidade nas demais idades no Brasil: campanhas de vacinação em massa, atenção ao pré-natal, aleitamento materno, agentes comunitários de saúde, programas de nutrição infantil, etc. Outros fatores também contribuíram para a diminuição do nível da mortalidade: aumento da renda, aumento da escolaridade, aumento na proporção de domicílios com saneamento adequado, etc. A consequência imediata dessas ações e fatores combinados foi a diminuição dos níveis de mortalidade e o consequente aumento na expectativa de vida dos brasileiros ao longo dos anos. (IBGE. 2016. p.5)

Todos estes dados explicam alguns aspectos da população brasileira. Primariamente, a respeito das taxas de fecundidade das mulheres. Embora os números tendam a serem maiores dentro do espectro das mulheres periféricas, explicado pela desigualdade social e a falta de informação igualitária (IBGE. 2018), de uma maneira geral, as mulheres no Brasil tem tido menos filhos. Como consequência, o número de jovens também tende a diminuir.

Para o País como um todo, as taxas de fertilidade diminuíram em cerca de 30%, entre 1970 e 1980, diminuição esta que se verificou em todas as regiões do Brasil, tanto nas zonas urbanas como nas rurais. Dados mais recentes para algumas áreas do país mostram que a redução das taxas de fertilidade, provavelmente, se acentuou desde então; a taxa de fecundidade total para o Estado de São Paulo, em 1980, era de 3.4 (número médio de filhos, por mulher em idade reprodutiva) passando a 2.6 em 1985, ou seja, uma diminuição de 20%, em apenas 5 anos. (KALACHE. 1987. p.217)

Mais além, não só as mulheres estão tendo menos filhos como a taxa de mortalidade infantil no Brasil tem caído nas últimas décadas, embora seja importante destacar que este número varia de região para região. Ramos et al. (1987) discute brevemente sobre a evolução histórica dessas taxas. De uma maneira geral, o que faz decair o número de mortalidade infantil em São Paulo na década de 50 foi o incremento do salário mínimo e quando este começa a se deteriorar, os números voltam a subir. O autor ainda pontua que o que vai fazer as taxas caírem novamente, já na década de 70, é a expansão da rede de água encanada. De uma maneira geral, à medida que melhora as condições de vida da população, econômica e estruturalmente, a mortalidade diminui.

Segundo o IBGE, em 1982 a taxa de mortalidade infantil no Brasil era de 69 mortes a cada 1000 habitantes, número este que cai para 13,8/1000 em 2015. Isso indicava uma queda anual de 4,9/1000 desde 1990 e em 2016, pela primeira vez, o número subiu, encontrando-se

em 14/1000. De acordo com o Ministério da Saúde, esse aumento é explicado por três fatores principais: a emergência do Zika vírus, a mudanças na realidade socioeconômica e a diminuição do número de crianças vacinadas. É importante aqui ressaltar a grave tendência a não vacinação: ainda segundo o Ministério da Saúde, desde 2014 não se cumpre a meta de vacinação, representando um retorno de doenças anteriormente consideradas erradicadas. As sequelas que essas doenças trazem, como surdez e sequelas motoras e de aprendizado modificam a estrutura da sociedade, que passa a enfrentar novos desafios. O que chama a atenção nesses casos é que as consequências poderiam ser evitadas.

Apesar disso, não se pode negar que os números absolutos de mortalidade e fecundidade no Brasil têm se modificado nas últimas décadas, e estes se relacionam diretamente a um aumento da expectativa de vida da população. Embora as taxas de fecundidade sejam menores, estima-se que a população que nasce tenha menos probabilidade de vir a óbito. Mas para além de mudanças nestas taxas, outros fatores também se relacionam à mudança da Pirâmide Etária brasileira.

Ao mesmo tempo em que cresce o número de beneficiários de programas sociais como o bolsa família, aumenta o acesso a um serviço de saúde universal, melhores condições de moradia, saneamento básico, etc., o que explica um incremento na qualidade de vida da população brasileira, que embora ainda muito desigual, tem experimentado melhora nos últimos 10 anos segundo pesquisas do IBGE. Como vimos, esta realidade explica porque as taxas de mortalidade no Brasil têm caído e, em consequência, a expectativa de vida aumentada.

a proporção de pessoas com 60 anos ou mais deve duplicar entre 2007 e 2050, e seu número atual deve mais que triplicar, alcançando dois bilhões em 2050. Na maioria dos países, o número de pessoas acima dos 80 anos deve quadruplicar para quase 400 milhões até lá. (ONU. 2002?)

Segundo números do IBGE (2017) existe no Brasil mais de 30 milhões de pessoas idosas, o que representa, desde 2012, um crescimento de quase 20% dessa população. Dentro dos 209,3 milhões de brasileiros em 2017, 13,6% tinham 60 anos ou mais – por lei, este é o recorte de idade que representa a população idosa. Desses 13,7%, 6,4% era de pessoas idosas do sexo masculino enquanto os outros 7,2% do sexo feminino.

Os dados revelam parte histórica da evolução populacional do Brasil e imprimem para nós a realidade populacional que o país enfrentará nas próximas décadas. É importante destacar que parte da bibliografia utilizada se refere à compreensão do tema no surgimento da

discussão. Embora não incorreto, os estudos têm se aprofundado e novas perspectivas surgem aos estudos, acrescentando caminhos complementares de compreensão do capitalismo e da formação dos países tidos como desenvolvidos e subdesenvolvidos. Deve-se levar em conta que a pesquisa perpassa a evolução histórica do que nos leva ao envelhecer hoje, mas que as bibliografias utilizadas não se resumem ao completo entendimento do capitalismo e suas questões na atualidade. Para o estudo, atenta-se a apenas alguns fatores principais: por conta de mudanças reprodutivas da população brasileira o número de jovens tem diminuído, mas em decorrência de melhorias na qualidade de vida estes jovens vivem mais. Estes dados devem servir de apoio para que possamos estudar maneiras de ampliar a qualidade de vida e promover saúde, principalmente no que diz respeito à população idosa.

### **1.1 Aspectos socioeconômicos da formação social brasileira**

Saber da expectativa de vida da população idosa no Brasil é abrir caminhos para a reflexão a respeito das condições em que o brasileiro está envelhecendo. É entender que se pode viver mais, mas não necessariamente viver melhor.

No Brasil [...] registram-se diferentes e heterogêneas formas de envelhecer. Estão presentes nesse processo os aspectos culturais, sociais, econômicos e políticos enquanto determinantes do acesso a bens e serviços sociais disponíveis, revelando uma situação de exclusão de grande parte da população idosa dos bens essenciais à existência humana. (SILVA. 2016. p.225)

Para entender a realidade socioeconômica do Brasil hoje, é preciso pensar criticamente a respeito de como este se formou, desde sua colonização. Em linhas gerais, desde que os portugueses por aqui chegaram, o país foi colônia de exploração. A princípio, toda a riqueza que aqui existia era mandada para a Europa e destinada a atender o comércio europeu. Neste período na história do nosso país, não existia interesse em povoá-lo.

(...) A ideia de povoar não ocorre inicialmente a nenhum. É o comércio que os interessa, e daí o relativo desprezo por este território primitivo e vazio que é a América, é inversamente, o prestígio do Oriente, onde não faltava objeto para atividades mercantis. (...) Na maior extensão da América ficou-se a princípio exclusivamente nas madeiras, nas peles, na pesca; e a ocupação de territórios, seus progressos e flutuações, subordinaram-se por muito tempo ao maior ou menor sucesso daquelas atividades. (JÚNIOR. 2011. p.20)

Com a crise em Portugal, já prestes a ser invadido pelas tropas de Napoleão Bonaparte em 1808, a família real decide, então, vir para o Brasil. Esse momento marca a mudança das relações europeias com o país. A partir daí, principalmente no litoral brasileiro, investe-se

mais no desenvolvimento: cidades e estradas são criadas e novos edifícios públicos surgem. O que é importante se atentar é que, nesse processo como um todo, a participação de escravos negros e índios é fundamental.

Todo este contexto, então, marca o período escravocrata brasileiro que, historicamente, deu início ao processo de desigualdade vivido no país até hoje. O Brasil foi um dos países que mais trouxe negros escravizados e também foi um dos últimos a abolir a escravidão.

No Brasil, a Lei Áurea, em 13 de maio de 1888, significou legalmente o fim da escravidão. A partir desta lei passou ser proibido o domínio de um homem sobre outro, ninguém mais tem o apoio da lei para forçar uma pessoa a trabalhar sem remuneração, ou ser forçado a exercer funções trabalhistas que não sejam de sua livre vontade. (MACHADO. 2014. p.8)

Mas ao contrário do que pode se imaginar o fim da escravidão não significou para a população escrava melhoria em sua qualidade de vida. Aos libertos não foram destinados nenhum programa social e estes passaram a viver à margem da sociedade da época: começam a surgir, aí, as periferias. Entender o negro como um cidadão de direito foi acontecer décadas depois do fim do período escravocrata. A primeira lei que visa combater o racismo –A Lei Afonso Arinos- só foi criada em julho de 1951, por Getúlio Vargas. Até hoje a população negra é a que se encontra em maior situação de vulnerabilidade: ocupa os trabalhos mais precários, representa maioria da população carcerária, possui menor nível de escolaridade, etc. (IBGE. 2018.)

Com o fim da escravidão, outro movimento começou a ocorrer no Brasil: se antes a maioria da população europeia que chegava ao país era de elite, a partir da metade do séc. XIX predominava a camada mais pobre entre os imigrantes. Segundo o IBGE (2018) “as mulheres passaram a representar parcelas cada vez maiores dos grupos de emigrantes, e as crianças menores de 14 anos, pobres, órfãs ou abandonadas, chegaram a representar 20% do total de emigrados.” De uma maneira geral, isso acontecia porque na Europa já não existia mais trabalho suficiente no campo e as condições de vida começaram a piorar. Os registros de imigração indicam que o trabalho para os europeus no Brasil era um trabalho precarizado, com condições indignas e análogas ao escravo.

Aqui, faz-se necessário fazer considerações a respeito de dois aspectos principais. O primeiro se relaciona ao recorte de classe: não só pela existência da monarquia vinda da Europa, mas também pela elite agrária que se sustentou mesmo no período republicano, a história brasileira é contada através de uma clara delimitação de classes. Àqueles com maior

poder aquisitivo era destinada maior atenção e apoio político, enquanto a outra parcela da população vivia precariamente à margem de uma sociedade elitista. Migrantes e imigrantes de classes sociais mais baixas encontravam dificuldades em se estabelecer e a realidade do seu cotidiano era de fragilidades. Essas diferenças de classe se perpetuam até hoje, com o Brasil sendo um dos países com maior índice de desigualdade do mundo. (ONU. 2017)

O segundo aspecto abrange a questão racial. Como anteriormente citado, o período pós-escravidão não significou um aumento na qualidade de vida dos negros ex-escravos, pelo contrário. Isso significa que o país se estruturou no que conhecemos como racismo institucional. E embora esta questão perpassasse o recorte de classe, não é inerente a ele: não podemos ignorar a existência de “mecanismos discriminatórios associados à cor/raça e barreiras raciais (veladas) que operam na sociedade brasileira produzindo tratamento desigual e diferenças de oportunidades.” (BARROS; BRANCOS. 2017). Dados do IGBE (2016) mostram que a população negra tem maior taxa de analfabetismo e de desocupação e recebem os menores salários. Neste sentido, é importante destacar que a questão raça continua sendo fator discriminante na sociedade, onde maiores índices de vulnerabilidade se concentram na população negra. Discutiremos mais a frente os efeitos dessas condições no envelhecer, mas, aqui, cabe a reflexão de que em diversos fatores a população negra se encontra em desvantagem se comparada à população branca, e que ao estudar as condições socioeconômicas no Brasil não se pode excluir a forte questão racial que é realidade no contexto brasileiro.

Como vimos, desde o tempo de sua colonização o Brasil se formou num cenário de grandes desigualdades. A falta de investimentos sociais nesse sentido até hoje refletem na realidade do país e ainda vivemos profundas marcas da exclusão. O pobre no Brasil tem um lugar delimitado por condições impostas pelo próprio sistema capitalista: quanto mais abaixo nas camadas sociais você se encontra, menor o acesso à serviços que promovam a qualidade de vida. Nessa conjuntura, as possibilidades de avanço são poucas e isso reflete diretamente na saúde da população pobre.

Explicado pela falta de investimentos nessa parcela que vive à margem da sociedade podemos identificar problemas como falta de saneamento básico, condições de moradias sub-humanas, fome, etc. Viver na periferia também simboliza o não acesso ou a dificuldade de acesso a bens comuns e um exemplo disso é a educação. Às crianças não são ofertadas uma educação de qualidade e é difícil o acesso ao ensino superior. Aos poucos que conseguem são impostos inúmeros desafios que incluem transporte, moradia e o acesso à própria universidade, com número limitado de bolsas de estudo. Ter um diploma também não é

sinônimo de um emprego de qualidade que sustente boas condições de vida: maiores salários, melhores condições de moradia, acesso à saúde, etc. Assim, podemos dizer que a população pobre no país vive em situações precárias, sem acesso a bens e serviços que lhes são direitos.

Essas condições ocorrem porque, no sistema capitalista, o maior objetivo é o lucro. Quanto menores os salários e mais precárias as condições de emprego, por exemplo, maior o lucro que os grandes empresários recebem. A mesma lógica se aplica a praticamente todas as áreas de vida do ser humano que, na posição de proletariado, se encontra à margem da sociedade, tendo que se submeter à difíceis e inconstantes situações de emprego, moradia, etc. para garantir sua sobrevivência.

O envelhecer, como um processo natural do ser humano, já imprime algumas condições limitadoras: o corpo não consegue mais realizar certas atividades e a autonomia diminui. Seu trabalho, fonte de seu maior sustento, já não pode ser exercido. Para o cidadão pobre, este processo se dá de forma mais acentuada. Sua condição de vida, que já era limitadora, se precariza mais ainda. Nesse sentido, é sabido que “desvantagens estabelecidas em fases anteriores da vida continuam influenciando nas idades avançadas” (BARRETO; GIATTI. 2003. p.766). Como exemplo, podemos citar novamente a educação: ainda segundo Barreto e Giatti (2003), “a maior escolaridade afeta positivamente a renda dos idosos, dentre outras razões porque permite acesso ao trabalho mais qualificado e a continuidade da atividade laboral por mais tempo” (p.766). De uma maneira geral, se a pobreza já imprime condições limitadoras aos jovens, para o idoso pobre, envelhecer nesse contexto é mais difícil ainda, pois potencializa dificuldades já existentes.

Segundo Huenchuan (2009), a realidade do envelhecimento nos dias atuais se dá num contexto de “uma alta incidência de pobreza, uma desigualdade persistente, um escasso desenvolvimento institucional e uma baixa qualidade dos sistemas de proteção social” (p.15). Mais além, Mori e Silva (2010), que discorrem sobre o envelhecimento ativo, demonstram que aqueles idosos que não têm oportunidades financeiras são impossibilitados de ocuparem seu tempo livre e, dessa maneira, não “obtem melhoria em seu bem estar social.” (p.950). Aqui, ressalta-se a importância do Estado estar envolvido e comprometido com as demandas da terceira idade, pois esse suporte é fundamental para o incremento das condições socioeconômicas dessa parcela da população, principalmente em regiões mais pobres, onde as necessidades não são supridas de forma eficiente.

Uma pesquisa realizada em 2009 pelo Bradesco sugere que 80% dos idosos são seus próprios provedores de sustento. Isso revela algumas coisas sobre o perfil socioeconômico da terceira idade brasileira hoje. A primeira delas se relaciona à aposentadoria e a importância

dela na renda familiar. Em muitos casos, a aposentadoria do idoso, esteja ele morando com a família ou não, é a única fonte segura de sustento. Nesse sentido, por exemplo, temos no país o BPC, que “é a garantia de 01 (um) salário mínimo mensal às pessoas idosas com 65 anos ou mais e às pessoas com deficiência que comprovem renda per capita familiar inferior a  $\frac{1}{4}$  do salário mínimo” (BRASIL, 1993). É inegável o papel do benefício na redução dos níveis de pobreza no país, principalmente na atual conjuntura, onde os salários diminuem cada vez mais e as taxas de desemprego aumentam. No atual cenário político com a reforma da previdência e neste período de diminuição de direitos o BPC e outros benefícios sociais se configuram cada vez mais excludentes, com rígidos critérios para obtenção dos mesmos e com o corte das famílias que já o recebem, o que precariza ainda mais as condições socioeconômicas no envelhecimento.

Mas, se por um lado, aposentadorias e pensões representam o principal rendimento de pessoas idosas e suas respectivas famílias e são responsáveis, ainda que de maneira limitadora, pela elevação da renda das famílias mais pobres, estas também podem significar uma queda nas condições socioeconômicas daqueles idosos que veem seu rendimento mensal, antes com os salários de seus respectivos empregos, cair quando passam a recebê-las. Em ambos os casos a aposentadoria, muitas vezes, não é suficiente para manter bons padrões socioeconômicos na terceira idade.

Este cenário de desigualdades imprime profundas marcas na vida do idoso e compromete ainda mais sua saúde, que deve ser analisada dentro dessa realidade, com acesso escasso a políticas públicas e com altos índices de pobreza. Pensar em maneiras de promover um envelhecimento saudável e ativo não pode excluir a realidade existente e deve contemplar não só aqueles que têm fácil acesso a bens, mas também aqueles que vivem à margem da sociedade capitalista.

## **1.2 Saúde da pessoa idosa**

Podemos perceber que o processo de envelhecer não se dá de forma igualitária, “revelando um quadro de desigualdades no acesso às condições de vida, o que muitas vezes compromete a perspectiva o envelhecimento saudável e ativo.”. (SILVA. 2016. p.218). Para que o envelhecimento se dê de forma saudável, é fundamental que ocorra investimentos na qualidade de vida desde a população jovem, que também, um dia, irá envelhecer. Como vimos anteriormente, as condições que perpassam o indivíduo ao longo de sua trajetória irá refletir diretamente no modo que ele vive a terceira idade.



As condições de saúde da pessoa idosa, como já discutido, podem ser explicadas pelos aspectos socioeconômicos da população idosa, que imprimem diversas realidades no cotidiano dos mesmos, mas também por outros aspectos que estão ligados à maneira como o idoso é inserido na sociedade atual. Muitas vezes, é de senso comum que a velhice está ligada a extrema dependência decorrente das doenças que são consideradas inevitáveis e comuns a essa fase da vida. Como consequência, pode ocorrer um quadro de isolamento destes idosos tidos como “incapazes”. Sobre isso, Plácios (2007) afirma que:

“há, ademais, a compreensão de que o processo de envelhecimento representa uma época sombria, decrépita, repleta de temores da morte, de acometimento de doenças, que culmina com o isolamento do indivíduo dos processos de socialização em sua fase final.”. (apud MATOS. 2012. p.3)

Atualmente vivemos em uma sociedade de imediatismos: com os recursos cada vez mais modernos, temos a necessidade de respostas cada vez mais rápidas e dinâmicas, não há espaço para a espera. Neste contexto, o saber do idoso já não é mais valorizado. Este, que antes era considerado o pilar da família, a referência a qual os mais jovens deveriam recorrer e respeitar perde a sua posição, o que resulta num sentimento de rejeição que afeta profundamente sua saúde. Aos poucos, os idosos que se sentem indesejados passam a experimentar o isolamento dentro do seu próprio núcleo familiar.

Ao mesmo tempo, as próprias famílias têm enfrentado mudanças no seu padrão: se antes, a tendência era de uma família grande, com muitos filhos, a tendência hoje é a de que esses núcleos fiquem cada vez menores. De certa forma, essa tendência também gera uma dificuldade de adaptação dos idosos, que estavam acostumados a diferentes modelos familiares, o que também afeta sua convivência no meio e, por consequência, sua saúde. Essa realidade também influencia no isolamento desses idosos.

Mas outras mudanças nas relações familiares, que surgem na atual fase capitalista em que vivemos, também influenciam a participação ou não do idoso no seu núcleo familiar. Kalache (1987) discute sobre dois pontos principais: a falta de espaço nas residências, que impedem que os parentes idosos sejam acolhidos por seus familiares, e o conflito de gerações que surge, gerando uma difícil convivência. Quanto maiores estes conflitos, maior a tendência do idoso não estar participando de suas próprias relações familiares. A solução muitas vezes encontrada é a de colocar estes idosos em instituições de longa permanência.

Uma pesquisa do IPEA, realizada em 2011, que estuda “Condições de funcionamento e infraestrutura das instituições de longa permanência para idosos no Brasil”, mostra que dos

quase 110 mil leitos existentes em instituições particulares, 91,6% estavam funcionando com sua capacidade máxima. E, embora esses dados abranjam apenas uma pequena parcela da população idosa, sabe-se que esta é uma realidade presente na terceira idade brasileira. Segundo Chaimowicz (1997), “embora grande proporção de idosos institucionalizados sejam dependentes por problemas físicos ou mentais, de um modo geral a miséria e o abandono são os principais motivos da internação” (p.194).

Como resultado, o idoso não cria mais raízes sociais e a tendência é o isolamento. Dentro destas instituições, ou mesmo aos idosos que vivem sós, vários fatores podem acentuar este quadro. Não receber a visita da família, que muitas vezes está presa dentro da própria lógica capitalista de muito trabalho; separação ou morte de seus companheiros, que tira destes idosos uma rotina já pré-estabelecida e cria dificuldade de nova adaptação; não receber visita dos amigos, também idosos e com suas próprias dificuldades; medo da violência, que leva os idosos a não saírem de casa; etc. Seja qual a razão, o isolamento afeta tanto a saúde física quanto mental dos idosos, e ressalta-se aqui a importância de políticas públicas voltadas para o envolvimento social na terceira idade, como forma de manutenção de sua saúde.

O trabalho também é um aspecto condicionante na saúde do idoso. Segundo Barreto e Giatti (2003), “o desemprego tem sido associado a piores condições de saúde, a maiores taxas de mortalidade e maior prevalência de sintomas psiquiátricos, de hipertensão arterial e de hábitos de vida nocivos, como consumo de bebida alcoólica e cigarro” (p.760). Ao mesmo tempo, os autores também afirmam que “comparados aos aposentados, os idosos que trabalhavam tiveram menor dificuldade de realizar todas as atividades relacionadas à autonomia e mobilidade física” (p.763), o que exprime a importância do trabalho em idades mais avançadas. De uma maneira geral, à medida que envelhecemos, a tendência é a diminuição da atividade laboral, mas o completo desligamento dessas atividades pode influenciar negativamente na saúde da terceira idade.

Primeiro porque os benefícios concedidos aos aposentados não se mostram suficientes para manter os padrões de vida na terceira idade, como vimos em discussão anterior. Isso resulta em um grande número de idosos que retornam ao mercado de trabalho, mas agora no mercado informal que, em sua maioria, se caracteriza por um trabalho em condições precárias e com baixa remuneração. Entretanto, o que garante o acesso a um trabalho qualificado, indo contra esta tendência da inserção do idoso ao trabalho informal, são melhores condições de vida em fases anteriores. Ainda segundo Barreto e Giatti (2003), “a maior escolaridade afeta

positivamente a renda dos idosos, dentre outras razões, porque permite acesso ao trabalho mais qualificado e à continuidade da atividade laboral por mais tempo” (p.766).

Essa realidade se relaciona intimamente com a discussão feita anteriormente a respeito dos aspectos socioeconômicos e a saúde do idoso, que traz a importância de se investir na qualidade de vida desde sempre. Pensar em promover a qualidade de vida na terceira idade não pode excluir a realidade existente em outras fases da vida do indivíduo, pois estas interferem diretamente na realidade do idoso. Neste sentido, por exemplo, o que vimos é que o trabalho de qualidade é fator fundamental para uma melhor condição de saúde na terceira idade, onde podemos identificar que fatores como renda, escolaridade e condições de vida são imprescindíveis para que este ocorra, esferas que devem ser investidas desde fases mais jovens.

Outro quadro que preocupa atualmente na saúde do idoso é a taxa de suicídio na terceira idade. Segundo o Ministério da Saúde (2017), o número de suicídios de pessoas com mais de 70 anos é de, mais ou menos, 8,9 mortes por 100 mil nos últimos 6 anos. O que mais chama a atenção sobre estes dados é que em idosos a taxa supera a média de adultos, que é de 5,5 a cada 100 mil. O Ministério da saúde ainda afirma que:

Entre os fatores de risco para o suicídio estão transtornos mentais, como depressão, alcoolismo, esquizofrenia; questões sociodemográficas, como isolamento social; psicológicos, como perdas recentes; e condições clínicas incapacitantes, como lesões desfigurantes, dor crônica, neoplasias malignas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2017)

É importante ressaltar que estes casos não podem ser tratados de forma isolada, se fazendo fundamental entender os contextos e realidades existentes, principalmente quando se tem como foco a diminuição destes óbitos. Aqui, pretendemos chamar atenção ao quanto a saúde dos idosos está prejudicada e a todas as causas, ressaltando a importância de intervenções que abranjam esses conceitos, aspecto que trataremos mais a frente na pesquisa.

Por hora, mostra-se que o que devemos levar em conta ao estudarmos todos estes processos de adoecimento na terceira idade, é que estes não existem isoladamente, independentes um do outro. Pelo contrário: o que se tem estudado a respeito da velhice é que os problemas de saúde são agravados pela pobreza e pela exclusão social. Dessa maneira, se faz fundamental promover o envelhecimento ativo, estimulando a independência e a manutenção das relações sociais na terceira idade, com políticas públicas de qualidade que englobem todos os cidadãos.

Nesse aspecto, não se busca entender a saúde do idoso como a mera ausência de doenças, que, embora seja um horizonte desejável, é privilégio de poucos, mas sim, com uma realidade que permita assistência adequada aos idosos, que se faça possível a busca pela própria autonomia e manutenção da qualidade de vida, em um ambiente que permita a interação e o envolvimento social.

## **2. Envelhecimento saudável e ativo**

Neste tópico da pesquisa, avançaremos com a discussão acerca do que é o envelhecimento saudável e ativo, suas principais definições e conceitos. Mais do que isso, também apontaremos quais são os benefícios que este traz para a pessoa idosa, ressaltando aqui a importância do envolvimento social na terceira idade como fator fundamental à saúde.

Segundo a OMS, saúde é definida como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades.”. Esta ainda destaca que o idoso ativo mais do que aquele não doente e que tem sua própria força de trabalho, é aquele que também participa da comunidade em âmbitos sociais, políticos, etc. Neste sentido, entendemos que considerar a saúde apenas como a ausência de doença é uma prática reducionista que não engloba o indivíduo e toda a sua complexidade e que muito menos o entende dentro de sua subjetividade. Tratar a doença é fundamental, mas não se pode limitar o cidadão aos seus aspectos enfermos sem considerar todo um universo ao seu redor, que direta ou indiretamente influencia na sua condição física e mental.

Para começar a abordar estas questões, a Assembleia Geral convocou a primeira Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento em 1982, que produziu o Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento, com 62 pontos. Ele insta para ação em assuntos como saúde e nutrição, proteção de consumidores idosos, habitação e meio ambiente, família, bem-estar social, segurança de renda e emprego, educação e a coleta e análise de dados de pesquisa. (ONU. 2002?)

Mais além, 9 anos depois, “a Assembleia Geral adotou o Princípio das Nações Unidas em Favor das Pessoas Idosas, enumerando 18 direitos das pessoas idosas – em relação à independência, participação, cuidado, autorrealização e dignidade” e em 2002, em Madrid, A Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento acontece, adotando um plano de ação que “pedia mudanças de atitudes, políticas e práticas em todos os níveis para satisfazer as enormes potencialidades do envelhecimento no século XXI.” (ONU. 2002?). Era entendido que para que as pessoas idosas pudessem continuar contribuindo com a sociedade era preciso remover qualquer tipo de exclusão.

Ao mesmo tempo, é importante destacar que “o envelhecimento não começa subitamente aos 60 anos, mas consiste no acúmulo e interação de processos sociais, médicos e de comportamento durante toda a sua vida” (Chaimowicz, 1997), fator que torna fundamental o entendimento da sociedade como um todo para a promoção de saúde na terceira idade, pois todas as realidades anteriores refletem nestas condições.

O que percebemos, no próprio processo de envelhecer, é que há uma tendência no surgimento de limitações e enfermidades, que podem ser agravadas pela maneira com que o idoso está inserido na sociedade e suas possibilidades de autonomia. Dessa forma, o envelhecimento saudável e ativo engloba as características físicas do envelhecer, com o horizonte desejável de redução de doenças e manutenção da capacidade funcional, mas não só: entende-se aqui também como fator determinante o idoso como sujeito de direitos, autônomo, independente e inserido num espaço social que o respeite como indivíduo e o inclua no seu cotidiano, permitindo a criação de vínculos com a sociedade.

A esse respeito, Assis (2005) afirma:

o envelhecimento ativo é uma aspiração básica que potencializa o viver e depende, em grande parte, de condições sociais e políticas públicas que garantam os direitos básicos de cidadania e possibilitem práticas tendencialmente saudáveis. (ASSIS. 2005. p.12)

Embora não haja um consenso no que se refere ao envelhecimento saudável e ativo, muitas ideias se relacionam na sua definição. De um modo geral, o envelhecimento bem sucedido se caracteriza não só pela ausência de doença, mas também pela capacidade de manutenção de hábitos saudáveis, por uma rede de apoio ativa do idoso, ao poder ser independentes e autônomos e a uma participação na vida em sociedade.

Assim, a realidade do envelhecer saudável caminha com uma proposta de sociedade de promoção de direitos, não sendo possível pensá-lo como uma “tarefa” autônoma que dependa única e exclusivamente do idoso e de quem o cerca. É preciso que o Estado promova políticas públicas para a inclusão social de idosos e entraremos nessa discussão mais a frente na pesquisa. Por hora, só reforçaremos a importância da existência dessas políticas para a saúde do idoso.

Também é importante considerar que “a vida emocional e social ativa confere benefícios em termos de aumento de anos de vida.” (VERAS et al. 1987. p. 228) e que, mais ainda, a convivência tem um valor que representa um melhor desempenho funcional, menor declínio cognitivo e menos risco do aparecimento da Doença de Alzheimer. Nesse sentido, uma melhoria na qualidade de vida está diretamente ligada à realização de atividades pelos idosos e ao seu envolvimento social. Vecchia et al. (2005), que analisa a “participação em atividades de lazer em grupos da terceira idade”, afirma que:

O conceito de qualidade de vida está relacionado à autoestima e ao bem-estar pessoal e abrange uma série de aspectos como a capacidade funcional, o nível

socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive. (VECCHIA et al. 2005. p.247)

Entretanto, ao se pensar em envelhecimento saudável e ativo não podemos nos afastar de alguns aspectos principais. O primeiro deles é a face variável deste conceito. Para isso, é necessário compreender a percepção do idoso a respeito do seu próprio ambiente social e como ele se sente nesse meio. Estudos na área da gerontologia indicam que a autonomia interfere na percepção de saúde: quanto mais autônomo e capaz de realizar suas próprias atividades, mais o idoso se sente saudável, mesmo que apresente doenças crônicas naturais do envelhecimento. De uma maneira geral, não se busca evitar o envelhecimento, mas fazer com que este seja vivido da forma mais saudável possível.

Esbarramos, então, em outro aspecto: a importância do reconhecimento de demandas. Na construção de políticas públicas voltadas à saúde do idoso, não se pode ignorar as necessidades apontadas pelos próprios idosos, que devem participar ativamente na tomadas de decisões a respeito da sua saúde e em maneiras de promovê-las. Dessa forma, as atividades voltadas para a terceira idade devem ter como principais objetivos a manutenção da autonomia e independência dos idosos e a criação de vínculos entre os indivíduos e o espaço que eles ocupam, e devem ser guiadas a partir de características, interesses e demandas do grupo, além de considerar a vivência de cada um. Devem, também, valorizar as experiências e estimular e potencializar as escolhas e decisões dos idosos, considerando o sujeito de direito que são.

Neste aspecto, grupos da terceira idade são ótimos meios para a promoção da qualidade de vida do idoso, pois este engloba diversas áreas: a sociabilidade, o pertencimento ao espaço, atividades que estimulam o corpo e a mente, dentre outras. Borini e Cintra (2002) afirmam que a procura e/ou ingresso destes centros de convivência se dá, principalmente, por imagens de vazio, solidão, falta de atividades, etc. Segundo as autoras, “todas essas imagens são formadas a partir de mudanças no cotidiano dos idosos geradas por rupturas com a esfera ocupacional (aposentadoria) ou familiar” (p.571). Por outro lado, a busca por relacionamentos e “construção de novas amizades” também é um fator determinante nesta procura.

Borini e Cintra (2002), ainda ressaltam a importância desses grupos na saúde do idoso e diz como isso transforma o indivíduo e suas relações:

O remédio da participação em atividades de lazer junto com “a família da terceira idade” tem sido tão benéfico para as marcas da velhice, a solidão, as perdas, a

inatividade e as doenças, que alguns participantes fazem recomendações e recebem as participações em atividades de lazer para os amigos. (BORINI; CINTRA. 2002. p.572)

Não podemos nos esquecer, entretanto, do recorte socioeconômico que permeia a população idosa. As atividades de convivência devem incluir os idosos pobres, que muitas vezes não conseguem acessar certos espaços por questões financeiras, por falta de oportunidades, falta de tempo livre, devido à distância, etc. Na criação de políticas públicas que estimulem o envelhecimento saudável, não podemos ignorar a realidade da população idosa mais pobre: estas políticas só se darão de forma eficiente e refletirão positivamente na sociedade se englobarem todos os aspectos que permeiam a realidade do envelhecer hoje.

A longevidade é uma conquista, mas para que esta seja comemorada, os ganhos adicionais de vida devem ser vividos com qualidade, em condições de independência e saúde. O envelhecimento saudável e ativo é fundamental para a redução de situação de risco na terceira idade, que incluem conflitos e violência familiar/comunitária, institucionalização de idosos, exclusão social, autonegligência e agravos à saúde, e deve ser estimulado dentro do próprio núcleo familiar e no amplo espaço social com apoio do Estado.



### 3. Algumas políticas públicas para a pessoa idosa

A população brasileira tem tido sua expectativa de vida aumentada por vários fatores que se relacionam com sua qualidade de vida. Como vimos, a tendência para as próximas décadas é de que esta chegue à 80 anos, aproximadamente. Não podemos nos esquecer, entretanto, que mais do que só envelhecer, é preciso encontrar formas de viver positivamente esses anos adicionados de vida. Através de políticas públicas o Estado deve estar comprometido com a qualidade de vida da população idosa e com maneiras de se envelhecer com saúde, onde esses idosos tenham um espaço digno dentro da sociedade a qual se inserem.

O envelhecimento populacional promove transformações profundas na sociedade, com mudanças na estrutura familiar, no mercado de trabalho e no perfil de demandas por políticas públicas, em especial nas áreas de saúde e seguridade social. Idosos com boas condições de saúde, com autonomia física e mental mantêm boas perspectivas de vida e podem assumir papéis relevantes na sociedade. (BARRETO; GIATTI. 2003. p. 770)

No estudo de conceitos básicos para o entendimento das políticas públicas, França e Teles (2015), reforçam a importância da luta de classes na sociedade nas mudanças impressas no Estado Liberal como possibilidade de ampliação do espaço político e na conquista de direitos.

É no âmbito de conflitos que se insere o papel da política enquanto mecanismo de formação de contra poderes, da luta de classes, da concorrência, da afirmação da coletividade e a ampliação da cidadania. Esta em última instância, possibilita a ampliação da dimensão e organização social dos atores ora envolvidos na multiplicação e afirmação dos direitos sociais, essa afirmação só é possível através da política pública. Esta ela deve ser concebida a partir do princípio de universalidade dos bens públicos, o que implica em, 5 administrar os campos de tensão/arena. (FRANÇA; TELES. 2015. p.5)

Nesse sentido, Potyara (2009) afirma que as políticas públicas não existem para promover o capital e suas necessidades, pelo contrário: pautadas no princípio de igualdade devem garantir a soberania popular, bem como afirmar os direitos e os serviços sociais.

Estudando a história do idoso como cidadão de direitos temos, depois da constituição de 1988, conquistas no que se refere à proteção social do idoso e garantia de direitos à saúde. Em 1994, através da Lei nº 8.842 foi promulgada a Política Nacional do Idoso, que tem como principal finalidade “assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade”. Fica sancionado que “a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida” e que “o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral,

devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos”. Esses dois princípios se referem à dois grandes ganhos na concepção da pessoa idosa enquanto indivíduo participante da sociedade e portador de direitos.

Já em 1999, através da Portaria nº 1.395/GM, aprova-se a Política Nacional da Saúde do Idoso, que reconhece a necessidade de se atender com qualidade a crescente população idosa e proveem recursos técnicos, materiais e humanos para tal. E é em 2003 que temos, até então, a maior conquista no que se refere à saúde do idoso: é aprovado e sancionado o Estatuto do Idoso, que “amplia a resposta do Estado e da sociedade às necessidades da população idosa”.

O Estatuto do Idoso representa um grande avanço da legislação brasileira iniciado com a promulgação da Constituição de 1988. Elaborado com intensa participação das entidades de defesa dos interesses das pessoas idosas, ampliou em muito a resposta do Estado e da sociedade às suas necessidades. Trata dos mais variados aspectos, abrangendo desde direitos fundamentais até o estabelecimento de penas para os crimes mais comuns cometidos contra essas pessoas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2009. p.5)

A saúde do idoso aparece como uma das principais prioridades em 2006 quando é publicado o Pacto pela Saúde, na Portaria nº 399/GM. “Nele, estão contempladas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão”. Isso ocorre em decorrência da descentralização do SUS, que

fortaleceu a oportunidade de se obter um maior contato com a realidade social, política e administrativa dos Estados e Municípios, mostrando as divergências regionais; implicando, inclusive, em compromissos dos gestores locais, objetivando o cumprimento de metas através das ações propostas pelo Ministério da Saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2009. p.5)

Neste mesmo ano, a Política Nacional da Saúde do Idoso é atualizada pela Portaria nº 2.528, agora reconhecendo que a população idosa tem suas especificidades e, para promover a saúde, é necessário conhecê-las e pautar ações em cima das mesmas. Esta portaria busca “garantir atenção adequada e digna para a população idosa brasileira” e estabelece estratégias para a promoção de saúde. Além disso, segue a recomendação da OMS a respeito do envelhecimento saudável e ativo e está “em consonância com os princípios e diretrizes do SUS.”.

Todos esses marcos políticos marcam conquistas no que se refere ao cuidado da população idosa e a promoção de saúde na terceira idade. A sociedade passou por mudanças na constituição da sua população, e a política acompanhou este processo de transformações e hoje se encontra comprometida com a promoção do envelhecimento saudável e ativo e com

atenção integral à pessoa idosa. Mas mais do que leis que envolvam a terceira idade é preciso também a criação e manutenção de espaços que estimulem a participação social do idoso, além do estímulo à sua autonomia e independência, buscando formas de, dentro das possibilidades, aumentar sua qualidade de vida. Como vimos, não se trata da ausência de doenças, mas da maior capacidade de realizar suas funções cotidianas e de lazer.

No âmbito privado, este novo nicho que surge com o envelhecimento da população estimula a criação de novos espaços de convivência da terceira idade, que incluem grupos de dança e de exercício, como pilates, caminhada e hidroginástica, viagens turísticas, teatros, cursos de idiomas, entre outros. Neste sentido, o SESC (Serviço Social do Comércio) foi um precursor dessas atividades, buscando combater a imagem associada à terceira idade de invalidez. Até hoje este realiza ações que buscam incluir o idoso, respeitando suas características individuais.

No setor público, com a intenção de inserir também aqueles idosos de baixa renda, existem políticas públicas de assistência que promovem o envelhecimento saudável e ativo. No Brasil todo existe projetos públicos que estimulam a participação social na terceira idade, valorizam experiências e potencializam escolhas e decisões, fatores fundamentais para envelhecer com qualidade.

Em São Paulo, por exemplo, podemos citar o projeto Meu Museu, que promove visitas educativas à Pinacoteca de São Paulo e está estabelecido através de parcerias com instituições que atendam a terceira idade. Além disso, em 2008 foi criado o projeto Futuridade, que tem como objetivo promover o conhecimento a respeito dos idosos e fortalecer as redes de atenção, através de campanhas educativas. Para estimular o aprendizado de idosos temos ainda dois projetos: ACESSA SP, programa de inclusão criado pelo Governo de São Paulo e o Escola da Família, que além de estimular o acesso digital ainda promove atividades culturais e esportivas. Já em São Carlos - SP, centros de referência a idosos e centros de referência de assistência social (CRAS) fazem parte do projeto “vida e movimento”, que estimula a participação do idoso em atividades educativas e culturais, buscando melhorar sua autonomia e autoestima. Segundo o site da prefeitura da cidade, todas essas atividades acima mencionadas são gratuitas e são destinadas à população com mais de 60 anos de idade.

O município de Santos - São Paulo, é considerado como o melhor para se viver a velhice, e isso ocorre não só pelas características geográficas da cidade - litoral extenso, majoritariamente plana -, mas também porque a prefeitura é comprometida com atividades voltadas para a terceira idade. Promovidas pelas secretarias de Saúde, Esportes e Assistência Social, o município conta com inúmeras atividades que estimulam o movimento, a

convivência e a participação social, todos gratuitos. Grupos que ocorrem dentro das policlínicas e sem limite de participantes, centros de convivência e programas municipais são apenas alguns exemplos do que a cidade oferece à terceira idade.

Estes espaços são fundamentais na manutenção da saúde do idoso, uma vez que estimulam sua participação em sociedade, além de promover atividades que trabalhem corpo e mente. Como vimos, a sociabilidade é um fator fundamental no envelhecimento saudável e ativo, e a manutenção da autonomia surge como outro grande alicerce à saúde. O que devemos levar em conta, entretanto, quando se pensa em políticas públicas voltadas à saúde do idoso é o conhecimento da realidade da terceira idade e suas demandas. Valer et al. (2015) aponta a importância de “se conhecer o enfoque de cada indivíduo ao tema em estudo, visto que o processo de envelhecimento ocorre de maneiras distintas e é influenciado pelo estilo de vida, condições socioeconômicas, ambiente, saúde, hereditariedade, dentre outros fatores.” (p.814). Mais ainda, Luz et al. (2014) ainda aponta que é importante “conhecer as condições de vida, de saúde, econômicas e de suporte social dos idosos, para que se possa estar preparado para atender às demandas sociais, sanitárias, econômicas e afetivas dessa parcela da população” (p.309).

Nesse sentido é importante trabalhar o conceito de equidade, que se relaciona com a maneira desigual de tratar os desiguais. De uma maneira geral, equidade é oferecer mais a quem tem mais e menos a quem carece de menos cuidado, buscando assim reconhecer a diversidade da população e responder às mais diferentes demandas, levando em conta a singularidade de cada um. Pensar em ações que estimulem o envelhecimento saudável e ativo deve se adequar social e culturalmente ao envelhecimento no Brasil, avaliando o processo de envelhecer como um todo e suas variáveis.

É nesse contexto que o Assistente Social se insere. O envelhecimento populacional imprime novos desafios na ação profissional, uma vez que os investimentos na terceira idade ainda são muito recentes, com a primeira lei voltada a essa população datada de apenas 30 anos atrás. Em termos práticos, esta ainda é uma política nova, em ascensão. As condições do envelhecer ainda se dão de maneira precária, mesmo que a qualidade de vida da população, responsável pelo aumento da expectativa de vida, tenha aumentado. Neste cenário, o Serviço Social esbarra com novas demandas da população e com novas expressões da questão social. O profissional, em sua atuação cotidiana, deve estar comprometido com a saúde do idoso e, conseqüentemente, com:

a execução de políticas que garantam o envelhecimento digno e sustentável; a execução de políticas que promovam o envelhecimento ativo, propiciando qualidade aos anos adicionados de vida; a implementação de políticas e programas que promovam uma sociedade inclusiva e coesa para todas as faixas etárias. (SILVA. 2016. p.219)

Tendo o envelhecimento saudável e ativo como um direito do cidadão e a promoção de saúde um dever do Estado, o Assistente Social pauta as suas ações na direção de uma sociedade igualitária e na emancipação do indivíduo. Mais além, trabalha dentro de uma rede articulada de serviços e profissionais, comprometida com as causas e necessidades do usuário.

Os Assistentes Sociais contribuem para a criação de formas de um consenso – distinto daquele dominante – ao reforçarem os interesses de segmentos majoritários da coletividade. Contribuem nesta direção ao socializarem informações que subsidiem a formulação, gestão de políticas públicas e o acesso a direitos sociais; ao viabilizarem o uso de recursos legais em prol dos interesses da sociedade civil organizada; ao referirem na gestão e avaliação daquelas políticas ampliando o acesso à informação a indivíduos sociais para que possam lutar e interferir na alteração dos rumos da vida em sociedade. (IAMAMOTO, 1998, p. 69)

Se, na atual sociedade capitalista o idoso enfrenta dificuldades de inserção, o profissional Assistente Social atua no sentido de combater essa lógica, enfrentando quaisquer discriminações e exclusão social. Com o apoio de rede, em seu instrumental teórico-metodológico e com o aparato legal do Estado, o profissional encontra as bases do seu atendimento e, juntamente com o idoso, coloca-se em uma postura crítica de enfrentamento. Nesse sentido, reconhecer o idoso como sujeito de direitos o primeiro passo na direção do envelhecimento saudável e ativo.

Por fim, é importante destacar que, com base em tudo o que foi estudado, o não envolvimento do Estado em políticas públicas voltadas para a terceira idade, o não entendimento das características socioeconômicas que perpassam as condições do envelhecer e o não reconhecimento das demandas na elaboração dessas políticas afetam as condições necessárias ao envelhecimento saudável e ativo, imprimindo maiores dificuldades no processo do envelhecer.

### **Considerações finais**

O envelhecimento populacional é uma tendência cada vez mais evidente no mundo todo. No Brasil, essa crescente não se dá diferente: com o passar dos anos, as taxas de fecundidade e de mortalidade do brasileiro vem caindo, enquanto a expectativa de vida tem aumentado. Isso ocorre em decorrência de melhorias na qualidade de vida da população, que vivencia incrementos na saúde, educação, habitação, entre outros. De uma maneira geral, à medida que ocorrem investimentos nas condições em que se vive no Brasil, mais o brasileiro vive.

Na perspectiva do envelhecer, busca-se não só adicionar mais anos de vida, mas viver mais e com qualidade. Para que isto seja possível é preciso estudar a forma como se envelhece no Brasil, suas características e particularidades. Dentro do processo do envelhecer identificam-se aspectos socioeconômicos que perpassam essa realidade, onde os idosos enfrentam dificuldades associadas à pobreza por fatores diretamente ligados à essa fase, como a aposentadoria e também por fatores que se relacionam à formação brasileira em aspectos de classe e raça. Neste sentido, a pesquisa busca entender as diferentes realidades do envelhecer no Brasil a partir da realidade da população, que está envelhecendo. Dentro deste contexto, ressalta-se, então, que não é possível promover o envelhecimento saudável e ativo se este não considera a realidade socioeconômica na terceira idade e nem como esta pode influenciar na qualidade de vida dos idosos.

Aqui, envelhecimento saudável e ativo não é considerado na perspectiva da ausência de doenças, mas num entendimento de que este se dá num conjunto de ações cotidianas que o idoso pode realizar, no lazer, nas relações sociais e na autonomia e independência deste idoso. Esta investigação, portanto, ao estudar o envelhecimento discutiu a importância da participação social na terceira idade, a necessidade do envolvimento social e do lazer e de como estes influenciam na saúde do idoso. A perspectiva se relaciona diretamente aos aspectos socioeconômicos do envelhecer e a pesquisa considera, então, o envelhecimento saudável e ativo dentro desta realidade, entendendo como os padrões socioeconômicos influenciam na saúde do idoso, bem como suas condições e determinantes.

Entendendo que envelhecer com saúde é ter uma participação ativa em sociedade, a pesquisa ainda analisou as políticas públicas voltadas para a terceira idade que estimulem a participação social e a autonomia, com a realização de atividades culturais, educativas e de lazer, que incluam a população idosa pobre, ressaltando que estimular a saúde no idoso é incluir todas as realidades que perpassam o envelhecer e que perceber as demandas do idoso

em diferentes regiões e classes é fator fundamental para a elaboração de ações que estimulem o envelhecimento saudável e ativo.

Dessa forma, ressalta-se a importância de um Estado comprometido com as demandas da população idosa como forma de promover saúde, sem esquecer que isso não significa apenas investimentos nessa fase da vida, pelo contrário: investimentos para jovens e adultos refletem diretamente na maneira como estes irão envelhecer e devem ser considerados quando se pensa em saúde do idoso. Nesse contexto, o assistente social deve caminhar junto com o usuário, tentando, dentro da realidade da profissão, estimular a autonomia e independência dos idosos, como forma de emancipação. Como ressalta Yazbek (2014), é “nesse âmbito que se evidencia a relevância da dimensão cultural e política do exercício da profissão” (p. 687). Sabe-se que dentro do nosso cotidiano profissional esbarraremos com inúmeras contradições e desafios impostos pelo capitalismo, mas é justamente nessa realidade que vamos propor estratégias de enfrentamento junto ao usuário, atualizando sempre nossos meios e saberes técnicos.

A pesquisa se propôs a responder as questões apresentadas na introdução, mas, em sua elaboração, explicitou a necessidade de estudos mais elaborados e específicos em relação ao recorte de raça na terceira idade, entendendo que, embora relacionada, é uma questão independente ao recorde de classe e que sua superação, ainda distante, se dá por diferentes caminhos. O estudo se manteve, então, à análise do envelhecimento saudável e ativo levando em conta apenas os aspectos socioeconômicos da população idosa e de como estes podem influenciar em suas condições de saúde ao longo da vida, além de sua interferência na terceira idade.

O processo de elaboração da pesquisa e os estudos realizados para tal abriram muitas portas para se pensar a saúde do idoso dentro da realidade brasileira e de como este se relaciona à profissão. A familiaridade com o tema já existia através de experiências expressas no próprio processo de graduação, mas foi a execução do Trabalho de Conclusão de Curso que possibilitou a abertura de horizontes e a pensar fora do senso comum a respeito do envelhecimento. Há, ademais, o desejo de que a velhice não seja vivida de maneira solitária e que cotidianamente sejam estimuladas ações que permitam a sociabilidade do idoso, a construção de relações e a manutenção de autonomia e independência, e o estudo caminha para ampliar o saber a respeito do tema e servir, de maneira relevante, para a compreensão da saúde na terceira idade.

## REFERÊNCIAS

ASSIS, M. Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. Revista APS, v.8, n.1, p. 15-24, jan./jun. 2005

BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(3):759-771, mai-jun, 2003

BARROS, C. S; BRANCOS, S. I. D. Envelhecimento da população negra, desigualdade racial e qualidade de vida. 2017.

BORINI, M. L. O.; CINTRA, F.A. Representações sociais da participação em atividades de lazer em grupos da terceira idade. Rev. Bras. Enferm ., Brasília, v. 55, n . 5 , p . 568-574, set.out. 2002

BRASIL. Lei N° 8.842. Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8842.htm)> Acesso em: 30 Nov. 2018.

\_\_\_\_\_. Lei N° 10.741. Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/2003/L10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.741.htm)> Acesso em: 30 Nov. 2018

\_\_\_\_\_. Lei n° 8.742. Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8742.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742.htm)> Acesso em: 15 Dez. 2018.

CHAIMOWICZ, F., A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. Rev. Saúde Pública, 31 (2): 184-200, 1997

COMUNICADO IPEA: N° 93. Disponível em:  
<[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/comunicado/110524\\_comunicadoipea93.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/comunicado/110524_comunicadoipea93.pdf)> Acesso em: 15 Nov. 2018

FIOCRUZ. Estudo Longitudinal da saúde dos idosos brasileiros. Disponível em:  
<<http://elsi.cpqrr.fiocruz.br>> Acesso em: 15 Nov. 2018.

FRANÇA, K. M; TELES, M. A. P. Estado, políticas públicas e sociais: leituras e perspectivas na era contemporânea. VII Jornada Internacional de Políticas Públicas. Universidade Federal do Maranhão. 2015.

HUENCHUAN, S. Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas. Santiago de Chile: Cepal, abr. 2009

IAMAMOTO, M. O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional, 11ª .ed. São Paulo: Cortez, 2005

IBGE. 500 ANOS DE POVOAMENTO. Disponível em:  
<<https://brasil500anos.ibge.gov.br/territorio-brasileiro-e-povoamento/portugueses/imigracao-de-massa-1851-1930.html>> Acesso em: 15 nov. 2018.



\_\_\_\_\_. LINHA DA POBREZA. Disponível em:  
<<http://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2017-12/ibge-brasil-tem-14-de-sua-populacao-vivendo-na-linha-de-pobreza>> Acesso em: 15 nov. 2018.

\_\_\_\_\_. PROJEÇÃO DA POPULAÇÃO. Disponível em:  
<<https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>> Acesso em: 15 nov. 2018.

\_\_\_\_\_. SOMOS TODOS IGUAIS? 2018. Disponível em:  
<[https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com\\_mediaibge/arquivos/17eac9b7a875c68c1b2d1a98c80414c9.pdf](https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/media/com_mediaibge/arquivos/17eac9b7a875c68c1b2d1a98c80414c9.pdf)> Acesso em: 30 Nov. 2018.

\_\_\_\_\_. Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2016. Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa. 2016.

\_\_\_\_\_. TAXAS BRUTAS DE NATALIDADE. Disponível em:  
<<https://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-brutas-de-natalidade.html>> Acesso em: 15 nov. 2018.

\_\_\_\_\_. TAXAS DE FECUNDIDADE TOTAL. Disponível em:  
<<https://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-fecundidade-total.html>> Acesso em: 15 nov. 2018.

\_\_\_\_\_. TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL. Disponível em:  
<<https://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-mortalidade-infantil.html>> Acesso em: 15 nov. 2018.

JORNAL DA USP: PREVISÃO POPULAÇÃO IDOSA. Disponível em:  
<<https://jornal.usp.br/atualidades/em-2030-brasil-tera-a-quinta-populacao-mais-idosa-do-mundo/>> Acesso em: 15 nov. 2018.

JÚNIOR, C.P. Formação do Brasil contemporâneo. Companhia das Letras. São Paulo. 2011.

KALACHE, A. Envelhecimento populacional no Brasil: uma realidade nova. Cadernos de Saúde Pública, R.J., 3 (3): 217-220, jul/set, 1987

KALACHE, A. et al. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. Rev. Saúde públ., S. Paulo, 21:200-10, 1987.

LUZ, E. P. et al. Perfil sociodemográfico e de hábitos de vida da população idosa de um município da região norte do Rio Grande do Sul, Brasil. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro; 17(2):303-314, 2014.

MACHADO, M. A. Trabalho Escravo no Brasil: Do período colonial aos dias atuais. Universidade Estadual de Londrina – UEL. 2014.

MATOS, C. L. A.. Envelhecimento, terceira idade e consumo cultural. Terceiro encontro baiano de estudos em cultura. 2012.

MEC: PORTAL. Saúde. Disponível em:  
<<http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro092.pdf>> Acesso em: 30 Nov. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Taxa de suicídio entre idosos. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/29691-taxe-de-suicidio-e-maior-em-idosos-com-mais-de-70-anos>> Acesso em: 30 Nov. 2018.

\_\_\_\_\_. Estatuto do Idoso. Editora do Ministério da Saúde. 70 p. Brasília. 2009.  
MIRANDA, G. M. D. et al. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 19(3):507-519, 2016.

MORI, G.; SILVA, L.. Lazer na terceira idade: desenvolvimento humano e qualidade de vida. Motriz, Rio Claro, v.16 n.4 p.950-957, out./dez. 2010

ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Erradicação da pobreza. Disponível em: <[https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2017/06/Documento-Tem%C3%A1tico-ODS-1-Eradica%C3%A7%C3%A3o-da-Pobreza\\_11junho2017.pdf](https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2017/06/Documento-Tem%C3%A1tico-ODS-1-Eradica%C3%A7%C3%A3o-da-Pobreza_11junho2017.pdf)> Acesso em: 30 Nov. 2018.

\_\_\_\_\_. Brasil está entre os países mais desiguais. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/brasil-esta-entre-os-cinco-paises-mais-desiguais-diz-estudo-de-centro-da-onu/>> Acesso em: 15 Nov. 2018.

\_\_\_\_\_. A Onu e as pessoas idosas. 2002? Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/acao/pessoas-idosas/>> Acesso em: 15 Dez. 2018.

PEREIRA, Potyara A.P. Discussões conceituais sobre política pública como política pública e direito de cidadania. I. BOSCHETTI, Ivonete. et al. (org) ed. São Paulo:Cortez. Pg. 87-89. 2009.

RAMOS, L.R. et al. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. Rev. Saúde públ., S. Paulo, 21: 211-24, 1987.

SILVA, M. R. F. Envelhecimento e proteção social: aproximações entre Brasil, América Latina e Portugal. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 126, p. 215-234, maio/ago. 2016

VALER, D. B. et al. O significado de envelhecimento saudável para pessoas idosas vinculadas a grupos educativos. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro; 18(4):809-819, 2015.

VECCHIA, R. et al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. Rev Bras Epidemiol. 8(3): 246-52, 2005.

VERAS, R. P. et al. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e consequências na sociedade. Rev. Saúde públ., S. Paulo, 21 : 225-33, 1987

YASBEK, M. C.. A dimensão política do trabalho do assistente social. Revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo, nº120. p. 677-693, out./dez. 2014.